الحمل الهاجر :

التوضع: البوق 95% : المجل 87%
المضيق 12%
الخمل 5%
قرن رحمي 2%

أشيع سبب للوفيات الوالدية في الثلث الأول من الحمل.

الأسباب : ميكانيكية : التهاب البوق تشارك مع القصة بـ 50% من الحالات
الالتصاقات - تشوه خلقي في البوق - جراحات على البوق - أورام البوق وماحوله
البوق الهرة

وظيفية : اللولب خاصة البروجسترون
مانعات الحمل الفموية
أدوية مثبطة لحركة البوق

إخصاب مساعد: IVF أو GIFT تزيد نسبة حدوث الحمل المتغاير

التدخين - عقم وإسقاطات متكررة - قصور الرئتين*

- HCG غير كاف ← خلل تطور الساقطي الرحم ← انسلاخ جزئي ← نزف قليل القرارة

- في بعض الحالات يزيد HCG حسب المتوالية الهندسية

- مصيره ← انفجار البوق
← تراجع لعدم وصول تغذية كافية
← لداخل البطن ← اسقاط بوقي

risk factors : PID 10 أضعاف - سوابق حمل هاجر 7-14% - جراحة بوقين - إجهاضات متكررة
الاجهاض الارادي - عقم - لولب بروجسترون - DES داخل الرحم

Symptoms : تأخر أو انقطاع طمث 75-90% من الحالات - نزف مهبلي 75-90%
ألم بإحدى الحفرتين الحرقفيتين بـ 90-100%
تبدأ حوالي الأسبوع 6-5

Signs : كتلة في الملحقات 50% من الحالات

DDx : إجهاض - تمزق كيسة جسم أصفر - انفتال ملحقات - PID - نخرة ورم عضلي أملس
التهاب زائدة دودية حاد - التهاب حويضة وكلية - التهاب بنكرياس حاد

- إيجابية HCG + كيس حمل داخل الرحم + ألم + نزف خفيف ← تهديد إجهاض

التشخيص: ايكو مهبلي + B-HCG

X كيس حمل + BHCG ≥ 2000 ← حمل هاجر حتى يثبت العكس

X كيس حمل + BHCG قيمته 1000 وبعد 48 > 2000 ← حمل هاجر

BHCG 1000 بعد 48 ← 400 ← تهديد إجهاض

↙ إجهاض

↙ خارج الرحم يتراجع عفوياً

X كيس حمل + BHCG 4000 ←48h— 1000 ← إسقاط بعد حمل متطور

+ نزف هام

نفس الحالة + نزف خفيف ← حمل هاجر يتراجع عفوياً

البروجسترون > 25 ← داخل الرحم

< 15 ← غير قابل للحياة

الايكو مهبلي كيس حمل: W5 فعالية قلب الجنين: W6

دم حوله ساقط ← كيس حمل كاذب نميزه عن الحقيقي بأن الحقيقي يكون محاط بحلقة مولدة للصدى

رؤية كيس حمل داخل الرحم ينفي الحمل الهاجر إلا إذا حمل متغاير (إذاً غالباً وليس دائماً)

تنظير البطن تشخيصي وعلاجي

BHCG 1000 مع نزف وألم X تنظير بطن قد يكون إجهاض أو تهديد به

توسيع عنق الرحم والتجريف يميز الاسقاط والحمل الهاجر - نادر اللجوء له

التدبير: يجب أن يناسب المريضة والطبيب وإمكانياته: ① الجراحي

التنظير: هو الأفضل إلا: تمزق ودم داخل البطن - بدينة جداً - التصاقات هامة - انسداد أمعاء وتطبل بطن

الطريقة: ① محافظة استئصال الحمل مع ترك البوق يثبت بمقص 2 (قيصرية بوقية)

② جذرية: تمزق البوق ← استئصال ← نقص قدرة إخصابية < 60%

معدل الحمل بعد حمل هاجر 50-60% بنفس النظر عن طريقة

احتمال العقم " " 40% نساء طبيعيات: 15%

فتح البطن: صدمة - تمزق رحمي: غزير التروية ← يجبر أكثر قبل التمزق - التصاقات - بدانة - عدم جاهزية تنظير

② الدوائي: ميثوتريكسات 50 ملغ / م² من مساحة سطح الجسم يمكن تعاد بعد أسبوع

مراقبة BHCG - بعد الجرعة الثانية ← فشل ← جراحة

عضلي أو داخل كيس الحمل موجه بالايكو

ناجأل بشروط: تشخيص مؤكد
- رؤية بالإيكو المهبلي
- كيس < 3-4cm
- لا عرضي
- مراقبة متقبلة
- B-HCG < 5000
- X HR للجنين

③ المراقبة: لا عرضي - B-HCG < 1000 - حجم الكيس مستقر
إيكو + BHCG كل 4 أيام ← تراجع
✓ اختلال الشروط ← تداخل

★ يجري تنظير البطن بعد الدورة العفان عدم وجود حمل (نزف الحمل الاجر قد يأتي بموعد الدورة وبختلط معها)
- بالحمل البطني نخرج الجنين ونترك المشيمة ونخرج بالميتوتريكسات لأن استئصالها يسبب أذية خطيرة بأحشاء البطن
- الحمل العنقي ← X تجريف ✓ ميتوتريكسات

العوامل المؤثرة على القدرة الإنجابية بعد الحمل الاجر:
- سوابق الحمل الاجر وعددها
- سوابق فك التصاقات حوضية
- سوابق جراحة بوقية
- بوق وحيد طبيعي سليم 50%
- التصاقات مرافقة للحمل الاجر

- مسؤول عن 6.5% من الوفيات الوالدية
- 30-40% يسبب عقم
- الحمل بعده 70%
- نكسه 15%
- أشيع سبب وفيات والدية في $\frac{1}{3}$ أول

تأخر النمو داخل الرحم   intrauterine Growth Restrection   (IUGR)

نقص وزن الولادة عن الخط المئوي العاشر أو أكثر نسبة لعمر الحمل الموافق

التصنيف

متناظر:
- يبدأ أبكر
- حدوثه ببداية الحمل متعلق (تشوهات جنينية)
- 10% طول الفخذ متناقص

غير متناظر:
- نقص تروية رحمية مشيمية
- أول المتأثر محيط البطن
- 15% طول الفخذ طبيعي
- سببه الأساسي مشيمي

الأسباب: 75% بنيوية (أب وأم "صغار")
25% مرضية

والدية
- زيادة وزن غير كافية
- تدخين كحول مخدرات
- أمراض قلب مزرقة
- قصور رئوي
- سكري متقدم (ليس حملي)
- HT
- Anti PL

مشيمية
- قصور بسبب HT
- حمل متعدد
- قصور كلية
- تشوه المشيمة:
  - انفكاك مزمن
  - احتشاءات
  - ورم وعائي
  - ارتكاز مظلي أو معيب
  - مشيمة إطارية

جنينية
- TORCH _ لستريوز
- عوامل مشوهة
- شذوذات جنينية (21 - 13 - 18 تثلث)
  (تأخر نمو متناظر)

التشخيص: عوامل خطورة - ارتفاع قعر الرحم < 2cm عن المتوقع - الإيكو

الإيكو: أولاً نحدد عمر الحمل: محيط البطن معبر أساسي عن وزن الجنين - طول الفخذ - محيط الرأس - كمية السائل - نمو المشيمة ودرجة نضجها - دوبلر شرايين رحمية ودماغية.

☆ كل جنين متوقف عن النمو هو جنين مهدد بالموت ☆

- محيط الرأس لمحيط البطن يميز تأخر النمو المتناظر عن غير المتناظر
  رأس > بطن قبل W34 ، رأس = بطن W34 ، رأس < بطن بعد W34
- مشيمة درجة 3 < W34 ⇐ شك بـ IUGR
- تشنج أوعية رحمية + توسع دماغية ⇐ خطر شديد

التدبير : تشخيص IUGR يرفع المراضة والوفيات حول الولادة 4 أضعاف

← الوقاية : تجنب الأسباب + إعطاء أسبرين

← العلاج : حسب عمر الحمل والسبب :

الأم : - استشفاء - تغذية - أسبرين

الجنين : - ايكو - BPP - NST - ايكو دوبلر

استطبابات إنهاء الحمل : ✓ توقف نمو

✓ BPP < 6 الملمح الفيزيائي الحيوي

✓ نقص السائل ✓ وجود فوسفاتيديل الغليسرول فيه

✓ انعكاس موجة الدوبلر ← حماض ← ✓ غياب التغايرية على CTG

✓ $\frac{\text{ليستين}}{\text{سفينغوميلين}} \geqslant 2$

✓ توسع أوعية الدماغ

- نعطي بيتاميتازون للمريضة قبل التوليد بهدف إنضاج الرئتين

- جنين IUGR معرض بشكل أكبر للحياة خارج الرحم بسبب الشدة التي تعرض لها ⁘

الإنذار : جيد إلا المتأخر الناتج عن شذوذ صبغي

الجنين يحتاج حاضنة وعناية فائقة ومراقبة

الاختلاطات :- استنشاق العقي : حماض ← انفلات مصرات ← استنشاق ← صعوبة تنفس

نفاقة ← تشوهات + إنتان + نقص السكر + نقص الحرارة

- الاختناق - احمرار الدم - ↓ السكر - أذية الدماغ - تأخر عقلي - نقص قدرة على التعلم 50%

من الأطفال بين 11 - 9 - زيادة مراضة ووفيات حول الولادة

★ غير المتناظر غالباً السبب مشيمي ← تخلص من السبب ← يتحسن

المتناظر يزداد عمره دون حجمه ⁘

قاعدة نيغل : شروط تطبيقها : - دورة منتظمة 35-26 يوم
- عدم تناول مانعات الحمل الفموية

أول يوم من آخر دورة - 3 أشهر + 7 أيام (الدورة 28 يوم)

26 (+ 5 أيام) 30 (+ 9 أيام)

BMI : 18.5-25 كغ/م^2

تشخيص الحمل: ① الافتراضية (الظنية) : انقطاع الطمث - غثيان - دوار إقياء صباحي
تعدد البيلات - تلون ناحية المهبل بالبنفسجي وامتلائها
الشعور بحركات الجنين : الولود 17-15 الخروس : 20-18
تبدلات الثدي - تبدلات الجلد.

② الاحتمالية : علامة هيغار (حصر مضيق الرحم بين اليد الماسة والجاسة) الأسبوع 8-6
كبر البطن - تقلصات براكستون هيكس - بالمس: تقلصات منتظمة 8-4
النز الجنيني 5-4 أشهر

③ المؤكدة : حركات الجنين من قبل الفاحص وليس الحامل - دقات قلب الجنين - اختبارات كشف الحمل
الايكو (خاصة المهبلي) (32-22-12)

العمر الحملي : العمر الحقيقي للحمل + أسبوعين أي من أول يوم بآخر دورة وليس من الالقاح
العمر الحملي 40 أسبوع
الايكو المهبلي قادر على كشف كيس الحمل في موعد الطمث المتوقع

- زيادة الوزن : BMI<20 12.5-18 Kg
طبيعي BMI 11.5-16 Kg
BMI>26 7-11.5 Kg

أكثر : تشكل جنين عرطل أو وذمات وقبل إرجاج أقل: IUGR

warning signs : نزف مهبلي - وذمات خاصة نصف علوي - صداع وتشوش رؤية
ألم بطني + بطن متحجر ← موت جنين وانفكاك مشيمة لثبت العكس - إقياء معند - خروج سائل
- نزف مهبلي لدى حامل بعد الجماع قد يكون طبيعي لكن لا يجب إهماله

فرط التوتر الشرياني لدى الحامل

- سبب ثلث لنصف الوفيات، التعريف: BP ↑ ≥ 140/90 or انقباضي < 30 - انبساطي < 15 مقارنة بالطبيعي لدى المريضة
- تقاس بوضعية الجلوس والمريضة مرتاحة نفسياً وجسدياً بفاصل 4h.

التصنيف: ① مرض بالحمل (إرجاج - ماقبل إرجاج): BP ↑ + بيلة بروتينية بعد الأسبوع 20 ويزول خلال 48 ساعة بعد الولادة

★ في الحمل الرحوي والعديد قد يظهر قبل w20

② مزمن: مشخص قبل الحمل أو قبل w 20 أو مشخص أول مرة في الحمل ويستمر > 3 m بعد الولادة

③ مزمن + قبل إرجاج: مزمن + بيلة بروتينية

④ الحملي (العابر): يشخص أثناء الحمل أو خلال 24-48h بعد الولادة دون بيلة بروتينية

لا يوضع تشخيص أكيد إلا عند تراجعه خلال 24 ساعة بعد الولادة (قد يكون مزمن عندها يستمر > 3m)

ماقبل الإرجاج pre-Eclampsia

BP ↑ + بيلة بروتينية بعد w 20 (حمل مفرد)

العوامل المؤهبة: خروس صغيرة - خروس مسنة - تدني وضع اجتماعي اقتصادي - حمل متعدد - رحى حمل - سكري - سوابق مرضية وعائلية - عناصر وراثية

- النكس $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ - تزيد فرص حدوث ماقبل الارجاج في آخر $\frac{1}{3}$ من الحمل

الأسباب: Ⓐ اضطراب إنتاج البروستاغلاندينات: مقبضة (PGF_{2a} وترومبوكسان A_2) بدل موسعة (PGE_2 والبروستاسيكلين ومضادة التصاق الصفيحات)

Ⓑ خلل تركيب البروتياز المشيمي

Ⓒ النظرية المناعية: رفض التعشيش ← إسقاطات متكررة
حدوث تعشيش ورفض جنين ← إسقاط باكر أو متأخر أو IUGR أو ماقبل إرجاج

Ⓓ اضطرابات وراثية

- تراجع المشكلة بعد الولادة بـ 24-48 h، ونادراً تستمر حتى 3 أيام وهذا يدل على أن المشكلة كانت عميقة

- المشكلة تبدأ مع الحمل لكن تصبح عرضية بعد w20

التظاهرات المرضية: المشيمة: قصور + نزف + ↓ أكسجة ← موت جنين أو IUGR (تأذي تدريجي) أو انفكاك مشيمة باكر (تأذي حاد)

الكبد: تخرب + نزف + تمزق + ↑ خمائر الكبد: بالحالات الشديدة HELLP أو ضمور كبدي حاد أصفر أو تشحم

الكلية قصور كلوي قد يتطور لتنخر قشري أو قصور حاد أو دائم يتطلب تحال
تظاهراته : شح بول + بيلة البومينية + انقطاع بول

شبكية العين : وذمة حلمة العصب البصري قد يسبب انفصال شبكية

الدماغ : نقص تروية + نزوف نمشية ← صداع - اهلاسات بصرية (الذباب الطائر) طنين
خلل رؤية بالمراحل المتقدمة نوب اختلاجية (إرجاج)

القلب : نقص تروية إكليلية ← قصور قلب

الكشف السريري : توتر شرياني + بيلة بروتينية : كشف شهرياً - الوزن كل زيارة

☆ زيادة وزن + BP↑ + ألم مفاصل صغيرة + سلبية البيلة البروتينية : يجب إعادة البيلة البروتينية كل أسبوع
" " إيجابية : مشتبه لقبل إرجاج

التصنيف : خفيف

BP $\frac{14}{9}$ - $\frac{16}{11}$

بيلة بروتينية 3 - 5 g/L/24h

شديد

BP : < $\frac{16}{11}$

5g/L/24h <

قلة بول - زرقة
أعراض عصبية - وذمة رئة
ألم شرسوفي - تغيرات وظيفة الكلية
نقص صفيحات - ارتفاع خمائر الكبد
IUGR - HELLP - DIC
نقص السائل الامينوسي

← بوجود هذه + قيم خفيف نعتبره شديد

20% متزلة + خفيف BP↑ + 30% + شديد BP↑ + 50% : HELLP
التدبير : X الحمل ، شائعة لدى الولودات < 26 w

إرجاج وشيك - ماقبل إرجاج صاعق يترقى خلال 12h > - إرجاج دون نسب السل لسبب آخر غير الحمل
- وذمة حلمة العصب + وذمة الرئة + وذمة جدار البطن بمظهر قشر البرتقال ← مرحلة خطرة

التدبير الراحة النفسية والجسدية - BP↓ - سلفات المغنزيوم للوقاية من النوب الاختلاجية
إنهاء الحمل حسب الحالة : عمر الحمل - نضج الجنين - شدة الحالة

التدبير الفعال لما قبل الإرجاج :

الخفيف 3g/L / 16/11 - 14/9

المدة 1-2w

المكان منزل

عمر < 37
↓
راحة + حمية + فحوص
+ توليد 36-37 w

عمر ≥ 37 أو نضج رئوي
↓
تحريض + إنهاء الحمل

- خافضات ضغط فموية

الشديد 5g/L/24h / < 16/11

24-48 h

جناح قبل الولادة

عمر > 34 أو نضج
↓
تحريض + إنهاء الحمل

عمر < 34 أو عدم نضج
↓
(وريدي) ↓BP + إنضاج + مراقبة

- استجابة → مراقبة في المشفى أسبوع لأسبوعين
- لا استجابة (غالباً) → إنهاء الحمل

الصاعق والإرجاج الوشيك

6-12 h

ICU
↓
مراقبة
↓
تحديد حياة
↓
إنهاء الحمل فورياً

الأدوية المستخدمة : خافضات الضغط : ميثيل دوبا - حاصرات الكلس - حاصرات بيتا
المدرات فقط بوذمة الرئة
سلفات المغنزيوم وقاية وعلاج وتستمر به 24 ساعة بعد الولادة

الإرجاج Eclampsia

نوبة اختلاج مشابهة للصرع الكبير + ما قبل إرجاج

بادرية	3-5min	شبه سبات + انقلاب كرتي العين
مقوية	2-4min	فرط بسط
رمعية	3-5min	تناوب بسط وعطف
ارتخاء	دقائق حتى ساعات	تقص مقوية وتراجع فعزات

سبب الوفاة
↓
- عرقلة العود الوريدي + قصور قلب احتقاني
- اختناق بالسل + قصور قلب

DDx : صرع كبير - انسمام بالستركنين - إصابات عصبية - نزف دماغي

$\frac{1}{4}$ الحالات صاعق - 70% قبل المخاض 20% أثناء 10% بعد

(التكملة من التفريغ)

المخاض الباكر preterm labor التعريف

قبل اكتمال w37 اعتباراً من أول يوم لآخر دورة طمثية

- 6-8 تقلصات في الساعة or 4 تقلصات خلال 20 دقيقة
- تبدلات عنق رحم : امحاء <80% or اتساع > 2cm (دليل تقلصات فعالة)
- ← أساس التشخيص

☆ السبب الأهم لمراضة ووفيات الجنين حول الولادة

الأسباب : **المرضي** : خطر على الأم - خطر على الجنين - الجنين مختل

العفوي : ← مجهول السبب: **30%**

↙ مع عوامل خطر: **70%** = PROM 30% من المخاض الباكر

سوابق مخاض باكر (النكس حتى 40%)

التهاب السلي - ظروف سيئة للأم - مشيمة منزاحة - انفكاك باكر

اخماج - موه سلي - موت جنين - تشوهات رحمية

التشخيص : **القصة** : موعد آخر دورة + عمر الحمل + وضع الحامل النفسي والجسدي + الولادات السابقة + كل عوامل الخطورة

الفحص السريري : ① علامات التهاب السلي : حمى + تسرع نبض الأم + تسرع نبض الجنين

② انبثاق الأغشية الباكر : اختباري تسرخس ونترازين

✓ ← تدبير PROM

X ← شك بمخاض باكر

③ حجم الرحم إذا كان يتوافق مع العمر النظري أم لا : قد تكون المريضة مخطئة والمخاض بوقته

هام [④ التقلصات
⑤ مس مهبلي للبحث عن تبدلات عنق الرحم

الاستقصاءات : **المخبرية** CBC - زروع دم وعنق رحم وبول - بزل السلي بحال عدم استجابة للعلاج أو وجود حمى مجهولة السبب

الفيبرونكتين الجنيني مادة كالغراء تصل الزوفوبلاست بالساقط الوالدي فإن وجدت بمسحة المهبل فهذا دليل تفكك الاتصال واحتمال المخاض الباكر 50%، إن لم توجد فاحتمال المخاض الباكر خلال 2w قادمين هو 1% وبالتالي عيار هذا الغراء مهم جداً للتشخيص والتنبؤ

الإيكو : عمر الحمل - وزن الجنين - كمية السائل - موقع المشيمة - وجود انفكاك باكر

المهبلي : لتقدير طول عنق الرحم وإذا كان هناك تقاصر أو PROM

التنبؤ : نقصد به كيف نحدد إذا كان حمل عالي التوهب لمخاض باكر سيسير نحوه أم لا :

- مستويات الفبرونكتين ويمكن إعادته للمراقبة كل 2w
- الفلورا الجرثومية المهبلية
- الإيكو المهبلي : طول عنق الرحم : خطورة عالية <20ملم دون تقلصات ، <24ملم مع تقلصات
بحث عن انبثاق جيب المياه

التدبير الوقائي : تثقيف ،

- 17 هدروكسي بروجسترون كابروات (إبر التثبيت) يمكن إعطاؤها أسبوعياً 250 مغ/أسبوع بدءاً من 20 w لدى سيدة لديها سوابق مخاض باكر + عنق رحم قصير حالياً
- تطويق عنق الرحم : 13-14 w بالحالات المشخصة بقصور عنق رحم فقط (يكون لديها سوابق ولادة باكرة W20-22 دون ألم) قد يسبب PROM أو خمج
- راحة في السرير وامتناع عن الجماع لأن السائل المنوي قد يحرض تقلصات رحمية

التدبير الفعال : يشك مخاض باكر

استشفاء + إماهة قد تكفي لوقف المخاض

تقييم : التقلصات و التدخل وعنق الرحم و الجنين والأغشية

عنق قاسي مغلق خلفي يستبعد تطور المخاض الباكر

مضادات الاستطباب : خمج سلى - سكري غير مضبوط

③ تثبيط المخاض

قصير : لإنضاج الرئتين أو نقل المريضة لمركز أفضل

طويل : شروطه : جنين حي 18w-34 ووزنه <2kg
أغشية سليمة وعنق رحم <4cm وتقلصات <1/10min
مع اتساع فتق للعنق

مخاض باكر

راحة تامة + إماهة

① صادات : بنسلين بديله كلندامايسين بانتظار نتيجة الزرع للوقاية من عقديات B

② ستيروئيدات قشرية :
للكل بين w24-w34 بشرط X b وضاد استطباب
بيتاميتازون 12mg عضلي مرتين بكل 24h
ديكساميتازون 6mg عضلي الحراج كل 12h
الجرعة القصوى خلال 24 ساعة من آخر جرعة
وهنا هدف تثبيط المخاض (48 ساعة ريثما نعطي الجرعات وتصل لأقصاها)

مضادات استطباب تثبيط المخاض : كلما شكل خطر على الأم أو الجنين أو كان الجنين غير قابل للحياة أو مخاض متقدم (عنق > 4cm)

طرق تثبيط المخاض : راحة - مركنات - X جماع - إماهة

الأدوية : مفعلات بيتا 2 : تأجيل الولادة 24 ساعة في 75-87% من الحالات وكريهة الأثر

مضادات استطباب : أمراض قلبية - ↑ درق - ↑ ضغط - ↑ سكر غير مضبوط

الاختلاط الأهم : وذمة الرئة.

ضواد الكالسيوم : أهمها سلفات المغنزيوم : يعطى وريدي - طرحه كلوي - يثبط التنفس

يجب مراقبة المنعكسات الداغصية والتنفس وله ترياق هو غلوكونات الكالسيوم

NSAIDs : الأندوميتاسين : يحتاج كمون حتى 12h ليؤثر ولا يعطى > 24h ويسبب قصور كلوي عكوس لدى الجنين

قراءة ص 285

الإجهاض : Abortion

سيدة متزوجة بسن النشاط التناسلي موعد أول يوم من آخر طمث من حوالي شهرين
- ألم أسفل البطن أو أسفل الظهر + نزف مهبلي
- أول ما نفكر به الحمل واختلاطاته: إجهاض، حمل هاجر (الأشيع) - رحى عدارية (الأقل شيوعاً)
- أولاً B_HCG لإثبات الحمل
- إيكو مهبلي ويكون مشخص بالحالات الثلاث ← لم يبدي موجودات نعاير B_HCG كمياً

تعريف الإجهاض : إنهاء الحمل قبل W20 أو ولادة جنين < 500g لأي سبب

تذكر W20 - W37 يعتبر مخاض باكر

التصنيف تبعاً لمراحل الحمل : باكر : قبل W12 ويشكل 80% ويسمى بيضة رائقة أي لا يوجد وضعة لا صدوياً ولا نسيجياً ولا سريرياً، وسببه غالباً شذوذ صبغي (تثلث صبغي 16 الشكل الشائع)
متأخر : بعد W12 ويشكل 20% ويسمى وفاة باكرة للجنين

- 70-80% من الإجهاضات المتكررة تكون نفس النوع

التصنيف حسب تكرار الإجهاض : **الإجهاض العفوي**

الأسباب : قراءة ص 226 - 50-60% من الحالات سببها شذوذ صبغي : تثلث - تعدد صبغيات X (متلازمة تورنر حال استمر الحمل)

التصنيف السريري : (1) تهديد إجهاض : القصة :

حامل جاءت بقصة نزف + ألم بطني (وصف الحامل للتقلصات) (قد لا يتألم)

الاستقصاءات : BHCG : يجب أن يتضاعف كل 2.2 يوم على الأقل 66% وهنا يفيد متابعته وليس قيمته اللحظية

CBC زمرة و RH وسرعة تثفل وتعداد البيض للكشف عن حالة إنتانية قد تكون السبب

☆ الزمرة لنقل الدم عند الضرورة أو خضاب < 10

☆ RH : نعطي الأم السلبية المتزوجة أب إيجابي anti-D بجرعة 50 مكغ

البروجسترون : قد يكون السبب قصور جسم أصفر

الإيكو : هو حجر الأساس للتشخيص : كيس حمل + جنين + فعالية قلبية إذا < 7w

الفحص السريري : علامات حيوية ، مس مهبلي : عنق رحم مغلق ، مس مشترك باليد (حجم رحم متوافق مع العمر)

التدبير: راحة + X جماع + تسكين + anti D (RH⁻) + بروجسترون بحال الإثبات وجود جسم أصفر

★ استمرار نزف > 6 ساعات ← تجريف أول 14W
OT أو بروستاغلاندينات بعد 14W

★ إعطاء البروجسترون دون وجود جسم أصفر قد يسبب تطور رحى عدارية أو إجهاض منسي

2 الإجهاض المحتم (بطور الحصول)

القصة: نزف + ألم وقد تصف المريضة PROM

الفحص السريري: امعاء متوسط + اتساع > 3 cm + PROM + نزف > 7 أيام + ألم رغم التسكين + تبارز محصول الحمل من العنق (علامتان تكفي للتشخيص)

الاستقصاءات كما في التهديد بالإجهاض

التدبير: طريق وريدي: رنغر لاكتات + تسريب OT للسيطرة على النزف وزيادة قساوة الرحم وتجنب انثقابه أثناء التوسيع والتجريف D&C + D+ يستطب هنا إجراء D&C

★ زيادة النزف + الألم سيء الإنذار فلأ مشح دم لبيا دون ألم يحدث لدى 25% من الحوامل ونصف هذه النسبة فقط تجهض

3 الإجهاض الناقص

القصة: سيدة حامل أتت بشكوى نزول خثرات وقطع تلاها نزف وألم (قد لا تتألم) وقد تأتي بحالة صدمة (هنا النزف غزير)

الفحص: عنق متسع وقد نجد نسج متبارزة نسحبها مباشرة

الاستقصاءات والتدبير: كما في الاجهاض المحتم

4 الإجهاض التام

ألم + نزف + طرح كامل محصول الحمل يليه زوال الألم + نزف خفيف

● **هام** في كل أشكال الإجهاض عدا التهديد وموت الحمل بعمر متقدم يستطب anti D للأم السلبية وزوجها إيجابي بجرعة 300 مكغ خلال 72h كحد أقصى من بدء الألم (الإجهاض)

- تراقب المريضة ويتم فحص محصول الحمل وهنا الانذار ممتاز.

5 الإجهاض المنسي

القصة غياب أعراض الحمل عدا انقطاع الطمث (كره الزوج - الغثيان - الإقياء - حركة الجنين) دون نزف أو ألم مع ضائعات مهبلية بلون الفهوة

العرض السريري : صغر حجم الرحم نسبة للعمر المتوقع

عنق رحم قاسي مغلق

الايكو : > 7w : غياب فعالية قلبية

< 7w : كيس حمل فخمص

الأسباب : استمرار فعالية المشيمة بإنتاج البروجسترون أو تعاطيه دوائياً مما ينقص تقلصية الرحم

الاختلاطات : خمج - DIC - نقص الفبرينوجين في الدم

التدبير : ثلث أول : مص

ثلث ثاني : OT - بروستاغلاندينات - بضع الرحم عبر البطن

الانذار : غير المختلط إنذاره جيد

الإجهاض الإنتاني : القصة : حمى + تسرع نبض + ألم حوضي + نجيج كريه الرائحة + مضض فوق العانة

بحال وجود التهاب صفاق : مضض بتحريك الرحم أو عنق الرحم

بحال الصدمة إنتانية : ↓ الحرارة + شح بول + عرقان

الاستقصاءات : CBC وزرع دم وبول ونجيج وبالحالة الخطرة تبول مشخص + شوارد وعوامل تخثر ووظائف كلية

التدبير : علامات حيوية + دم عند الحاجة + رنغر + OT

صادات تغطية ثلاثية مع انتظار نتيجة الزرع

D & C

استئصال الرحم بحال الانثقاب - عدم الاستجابة - وجود المطثية

الاختلاطات : نزف - إنتان - انثقاب الرحم - وفاة - DIC

الإجهاض المتكرر (المعتاد)

القصة : سيدة كل حمل تصل ل 18 - w16 ثم يحدث PROM وينقذف الجنين مع مغص خفيف وهذه قصة وصفية لقصور عنق رحم خلقي أو رضي

تعريف الإجهاض المتكرر 3 حالات متتالية من الإجهاض العفوي ونسبته 1 %

الأسباب 50% مجهول السبب

① أسباب وراثية : أشيع أن تسبب إجهاض بالثلث الأول وأشيعها تثلث وتعدد X وحيد عند الشك بها نطلب صيغة صبغية لمحصول الإجهاض والوالدين

② تشوهات تشريحية: أغلبها ثلث ثاني - رحم ذو الحجاب - ذو القرنين - قصور عنق الرحم
وهنا يعتبر التطويق فعال للوقاية
عند الشك بها نطلب صورة ظليلة أو تنظيراً على الرحم أو تخطيط رحم حسب التوجه

③ أسباب هرمونية: أشيعها نقص البروجسترون
عند الشك بها نعاير بروجسترون - TSH - T3 - T4 - OGTT - HbA1c

④ الأخماج: عند الشك بها نطلب زروع ومخوص وصلية

⑤ عوامل مناعية: أضداد الفوسفوليبيد - الذئبة - (HLA_A - HLA-B لدى الأب والأم)

⑥ الأمراض الجهازية

ثم ترانسفيرين C3 شاذ - أضداد للنظام لدى الأم

⑦ التسمم الشاذ: انغراس الجنين دون توسع أوعية بسبب نقص تروية الجنين وارتفاع توتر شرياني حملي.

التدبير حسب السبب:

* تشخيص قصور عنق الرحم بمرور موسع هيغار رقم 8 دون ألم أو مقاومة عبر الفوهة الباطنة
رحم قمعي بصورة الرحم الظليلة
إيكوغرافي أثناء الحمل يظهر قصور عنق الرحم

أسبابه خلقية أو الأشيع رضية بعد مجيء مقعدي أو استئصال مخروطي

العلاج تطويق بإجراء shirodKar أو MacDonald (مطلوب الاسم فقط) أو عن طريق البطن

الإنذار (هام) بعد إجهاض واحد 24%
إجهاضين 26%
3 32%